

praxisgemeinschaft ambulante anästhesie

manfred schlechtriem | oliver asbach | michael rupprecht | elmar stein

am waldschlößchen 3 | 44795 bochum | fon 0172 9365202 | fax 0234 95294946
www.praxisgemeinschaft-anaesthesie.de

Allgemeiner Anamnesebogen: **FRANZÖSISCH**

Questionnaire général concernant les mediceaux

Name: Vorname: Geburtsdatum:
Nom: Prénom: date de naissance:

L'adresse: Adresse:

Ist eine Versicherung vorhanden? Ja, bei nein
Avez-vous une assurance maladie? Oui, chez non

Chère patiente, cher patient,

toutes les maladies peuvent avoir des conséquences sur votre traitement. Nous vous demandons pour cela de bien vouloir répondre à ce questionnaire. Les renseignements donnés sont soumis au secret professionnel médical et servent exclusivement à adapter votre traitement et à votre état de santé.

(Svp remplir ou cocher ci-dessous)

- Prenez-vous régulièrement des médicaments? **Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?** oui non
Si oui, lesquels? **Wenn ja, welche?**
.....
- Prenez-vous des médicaments qui changent la coagulation du sang oui non
(par exemple. Marcumar, Pradaxa oder Xarelto)?
Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen?
Si oui, lesquels? **Wenn ja, welche?**
- Y a-t'il des médicaments que vous ne supportez pas? oui non
Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?
Si oui, lesquels? **Wenn ja, welche?**
- Êtes-vous sujet à réaction allergique? **Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?** oui non
– concernant certain matériaux? **Bei bestimmten Materialien?** oui non
– concernant certains médicaments? **Bei bestimmten Arzneimitteln?** oui non
– concernant certains aliments? **Bei bestimmten Nahrungsmitteln?** oui non
- Êtes-vous allergique **Haben Sie eine**
– à la pénicilline? **Penicillinallergie?** oui non
– à l'iode? **Jodallergie?** oui non
– au latex? **Latexallergie?** oui non
- Avez-vous ou avez-vous eu antérieurement une maladie cardiaque? oui non
Haben o. hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?
– Vices cardiaques congénitaux ou acquis? **Angeborener o. erworbener Herzfehler?** oui non
cardiopathie valvulaire ou valvuloplastie? **Herzklappenfehler o. -prothese?** oui non
– Endocardite? **Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?** oui non
opération cardiaque? **Herzoperationen?** oui non
– Avez-vous un pacemaker? **Haben Sie einen Herzschrittmacher?** oui non

7. Souffrez-vous ou avez-vous souffert antérieurement d'une des maladies précisées ci-dessous?
 Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?
- | | | | |
|---|---|-----|-----|
| – maladie infectieuse (par exemple tuberculose, hépatite, Sida) | Infektionskrankheiten? | oui | |
| – maladie du foie? | Lebererkrankungen? | oui | non |
| – maladie cardiaque (infarctus, angine de poitrine)? | Herzerkrankungen? | oui | non |
| – hypertension? | Zu hoher Blutdruck? | oui | non |
| – hypotension? | Zu niedriger Blutdruck? | oui | non |
| – apoplexie cérébrale? | Schlaganfall? | oui | non |
| – maladie rénale? | Nierenerkrankungen? | oui | non |
| – Diabète? | Diabetes? | oui | non |
| – maladie de la thyroïde? | Schilddrüsenerkrankungen? | oui | non |
| – maladie sanguine ou de la coagulation du sang? | | oui | non |
| | Blutkrankheiten o. Blutgerinnungsstörungen? | | |
| – Maladie neurologique? | Nervenerkrankungen? | oui | non |
| – Épilepsie? | Anfallsleiden? | oui | non |
8. Avez-vous été opéré durant l'année dernière? Sind Sie im letzten Jahr operiert worden? oui non
 Si oui, à quel endroit du corps? Wenn ja, in welchem Körperbereich?
9. Avez-vous ou avez vous eu antérieurement une blessure au niveau de la mâchoire ou du visage? Haben/hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich? oui non
10. Jusqu'à présent avez-vous bien supporté la piqûre chez votre dentiste? Haben Sie die Spritzen beim Zahnarzt bisher gut vertragen? oui non
11. Avez-vous déjà eu une perte de sang après une extraction dentaire? Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf? oui non
12. Avez-vous subi un traitement dentaire suite à une maladie générale? Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt worden? oui non
13. Quand avez vous eu votre dernière radiographie? Wann sind Sie zum letzten Mal geröntgt worden?
 Concernant quelle partie du corps? In welchem Körperbereich?
14. **Pour les femmes:** Bei Frauen:
 Êtes-vous enceinte? Besteht eine Schwangerschaft? oui non
 Si oui, en quel mois? Wenn ja, in welchem Monat?
15. Nom et adress du médecin traitant: Name und Anschrift des Hausarztes

 Lieu, Date
 Ort, Datum

 signature du patient
 Unterschrift des Patienten